

Til Sundhedsstrukturkommissionen 30. januar 2024

Familieambulatorie-modellen – en tværfaglig og tværsektoriel forebyggelses- og Behandlingsmodel

Jeg anbefaler hermed Sundhedsstrukturkommissionen at foreslå ovennævnte "Familieambulatoriemodel" implementeret flere steder i Sundhedsvæsnets net med henblik på facilitering og styrkelse af et koordineret og helhedsorienteret samarbejde på tværs af faggrænser, afdelingsgrænser og sektorgrænser og således skabe sammenhæng og kvalitet i patientforløbene i både Sundhedsvæsnets net og Socialvæsnets net

Udvikling af Familieambulatorie-modellen

Jeg er læge og udviklede på Rigshospitalets afdeling for nyfødte børn over en årrække en tværfaglig og tværsektoriel forebyggelses- og behandlingsmodel for gravide rusmiddelbrugere og deres børn op til skolealder med det formål at forebygge medfødte rusmiddelrelaterede skader hos børn samt fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb. Tillige var formålet at behandle de sygdomme og skader på børnene, som af forskellige årsager ikke var blevet forebygget i tilstrækkelig grad.

"Familieambulatorie-modellen" er tværfaglig og tværsektoriel (arbejder på tværs af faggrænser, afdelingsgrænser og sektorgrænser) og omfatter både forebyggelse og behandling. Den er koordineret og helhedsorienteret og inkluderer i et samarbejde på tværs alle de fagpersoner, instanser og myndigheder, som er relevante for patienten, dennes sygdom og samlede situation. Samarbejdet strækker sig ofte over en længere tidsperiode. Metoden har i høj grad patienten i centrum. Målgruppen var oprindeligt "udsatte borgere" og modellens formål var – udover ovennævnte formål - at forebygge ulighed i sundhed.

På baggrund af metodens gode resultater besluttede Folketinget i 2008 at gøre modellen landsdækkende på finansiering med Folketingets satspuljemidler, og de Regionale Familieambulatorier blev i 2010 etableret efter denne model – ét i hver af de fem regioner. Samtidigt hermed blev det nationale Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn etableret under min ledelse – ligeledes finansieret af Folketingets satspulje.

Familieambulatorie-modellen har vist sig anvendelig over for mange andre patienter end den oprindelige målgruppe, fordi den er helhedsorienteret og skaber sammenhæng i patientforløb – og ikke mindst sammenhæng, kontinuitet og koordination mellem sundhedsvæsnets net og det kommunale system og mellem alle involverede fagpersoner, instanser og myndigheder. Metoden tilstræber kontinuitet i behandlerkontakt og giver således gode muligheder for at skabe relationer til patienterne og deres pårørende. Dette giver tillid og tryk for patienterne og deres pårørende og tillige en oplevelse af kontinuitet og sammenhæng i indsatsen.

Jeg stiller mig gerne til rådighed for en uddybning af beskrivelsen af og erfaringerne med den her omtalte model, såfremt det har interesse for Sundhedsstrukturkommissionen og/eller tilhørende arbejdsgrupper, møder, konferencer o.l.

PS: Vigtige delelementer i metoden for ovennævnte model:

1. Let adgang for patienterne til behandlingssystemet
2. Tværfagligt teamarbejde og tværsektorielt teamarbejde/samarbejde
3. Koordinator/"Tovholder" for det tværfaglige/tværsektorielle samarbejde
4. Rolle- og ansvarsfordeling mellem involverede "aktører"
5. Regelmæssige teammøder/konferencer (evt. digitalt)
6. Referat fra alle møder/konferencer til alle involverede (koordinator/"tovholder" skriver referat)
7. Referater skal indeholde: Problemstillinger, Status (fysisk, psykisk og socialt), Foreløbig behandlingsplan/Handleplan, Rolle- og Kompetencefordeling (hvem gør hvad/ hvem har ansvar for hvad?)
8. Referatet udgør en fælles behandlingsplan/samarbejdsplan, som alle involverede er forpligtet til at følge, indtil der evt. opstår en ny situation med behov for justering af planen
9. Mødereferater/Konferencereferater er tilgængelige i patientens journal
10. Ny mødeaftale/ konferenceaftale
11. Hvis patienten og/eller pårørende og/eller fremtidsfuldmægtig ikke deltager i mødet/konferencen, orienteres den(de) umiddelbart eller mødet om den ved mødet anbefalede videre behandlingsplan, og informeret samtykke til denne indhentes samtidigt ved orienteringsmødet. Det er oftest hensigtsmæssigt, at det er den samme person (ex. "tovholderen", som informerer patienten og/eller dennes stedfortræder(e) eller møderne og som har ansvar, for at også patienten og/eller dennes stedfortræder får udleveret et skriftligt referat).
12. Så vidt muligt personkontinuitet i behandlerkontakt inden for de involverede fagområder
13. Især er metoden vigtig i "overgangssituationer" som f.ex. indlæggelse, udskrivning, overflytning til plejehjem/plejeafdeling, flytning til anden kommune o.l.

Overordnede problemstillinger fra et patientforløb i 2023 i en kommunal døgnrehabiliterings-institution i Region Hovedstaden

1. Der er ingen sammenhæng og koordineret samarbejde mellem hospitalssystemet og det kommunale system – ingen helhedsorienteret behandling, træning, pleje og omsorg.
2. Når en patient udskrives fra hospitalet, overgår patienten akut fra et højspecialiseret sundhedsfagligt system med specialiserede, erfarne læger og sygeplejersker m.fl. indenfor umiddelbar rækkevidde døgnet rundt, til et kommunalt system, som overvejende er bemandet med social- og sundhedsassistenter/hjælpere og med et på alle måder "skrabet" budget. Patienten er således med meget kort varsel blevet til en "social sag", selv om patientens sundhedsfaglige diagnoser, tilstand og funktionsniveau er uændret. Patienten tilses yderst sjældent af læger og sygeplejersker, ej heller i akut opståede sygdomssituationer.
3. Det kommunale system er angiveligt ikke forpligtet til at følge den behandlings- og genoptræningsplan og omsorgsplan, som er udarbejdet af hospitalets specialiserede, tværfaglige team, og som følger med patienten i forbindelse med udskrivning fra hospitalet. Dette er - i sagens natur - til stor fare og ulempe for patienten, foruden at det er spild af mange og højt kvalificerede resurser, som der i forvejen er stor mangel på i hospitalssystemet.

4. Der er i det kommunale system meget stor diskrepans mellem patientens tilstand og behov og de resurser, som er til rådighed, såvel kvalitativt som kvantitativt. Dermed er der risiko for alvorlig fejlbehandling, omsorgssvigt, øget sygelighed og dødelighed.

5. Der er i det kommunale system svært mangelfuld og inkompetent journalføring, Der er uforståelig stor diskrepans mellem kvaliteten af journalerne i det kommunale system og det regionale system. God journalføring er jo en nødvendig forudsætning for dokumentation, tværfagligt samarbejde, evaluering, kvalitetssikring og forskning. Den dårlige og mangelfulde journalføring udgør tillige en trussel for patientens behandling og sygdomsforløb og dermed for patientsikkerheden.

6. Der er tilsyneladende ingen faglige retningslinjer/procedurer, som personalet skal følge, ej heller i forhold til, hvad der skal noteres i patientens journal (symptomer, observationer, vurdering af klinisk tilstand, indikation for valg af medicinsk præparat, effekt af medicinering på symptomer m.m.)

7. Administration af såkaldt p.n.-medicin ("eller behovs medicin") er ofte lemfældig og tilfældig. Sosu-medarbejderne på den kommunale institution har ikke tilstrækkelige sundhedsfaglige forudsætninger for at vurdere, hvilken type medicin, en patient med kompleks sygdomsproblematik skal have, i en akut situation. Det er indlysende, hvilken risiko for patienten dette medfører.

8. Der er forskellige IT-systemer i hospitalsvæsenet og det kommunale system, som ikke "taler" sammen. Dette er til stor ulempe i det daglige arbejde og samarbejde og udgør en betydelig risiko for alvorlige fejl til fare for patientsikkerheden

9. I henhold til lovgivningen skal der altid foreligge informeret samtykke forud for enhver undersøgelse og behandling, inkl. ved ændringer i medicinering. Det samme gælder, hvis en igangværende behandling stoppes eller en relevant behandling undlades. Dette overholdes langt fra altid.

10. Der er i den kommunale institution ikke altid "styr på", om patienten er:

1. en alvorligt syg patient, som skal behandles relevant for sin sygdom og evt. komplikationer

2. en palliativ patient, som overvejende eller udelukkende skal have såkaldt "lindrende" behandling, og hvor det i nogle tilfælde er besluttet, at der ikke skal iværksættes aktiv behandling ved. ex. forværring i patientens tilstand eller i en akut opstået situation

3. en terminal patient fx i et kræftsygdomsforløb

4. en døende patient

11. Hvis der i institutionen ikke er "styr på" ovenstående under punkt 10 nævnte, opstår der inkonsistens i holdninger og attituder til såvel undersøgelser som behandling, træning og omsorg, hvilket skaber utryghed hos både patient og pårørende. Det udgør tillige en alvorlig risiko for forværring af patientens videre sygdomsforløb og risiko for død.

12. Det skal fremgå tydeligt af patientens journal, hvilken af de under punkt 10 nævnte "kategorier", patienten er i, og der skal altid foreligge et informeret samtykke fra patienten eller nærmeste pårørende eller en fremtidsfuldmægtig til, hvordan den videre behandling og pleje under de givne omstændigheder skal foregå, herunder om livsforlængende behandling skal ophøre og/eller medicinering skal øges i en grad, som kan føre til, at dødens indtræden fremskyndes.

Der forelå ikke informeret samtykke fra patienten i det konkrete indlæggelsesforløb i

nødvendigt og fyldestgørende omfang

Konklusion og anbefalinger:

1. Det kommunale system, herunder døgnrehabiliterings-institutioner, bør ikke have ansvar for behandling af alvorligt syge patienter. Disse patienter bør udelukkende varetages i regionalt regi.
2. Det er nødvendigt på landsplan, at det kommunale system og det regionale system har samme IT-system
3. Det er nødvendigt på landsplan, at det kommunale system og det regionale system har samme journalsystem
4. Der bør "strammes op" i begge systemer vedr. love og regler for Informeret samtykke
5. "Familieambulatorie-modellen", som er en tværfaglig og tværsektoriel forebyggelses- og behandlingsmodel anbefales indført i sundhedsvæsenet til styrkelse af et koordineret og helhedsorienteret samarbejde på tværs af faggrænser, afdelingsgrænser og sektorgrænser. Og ikke mindst til styrkelse af samarbejdet mellem regioner og kommuner og præcisering af rolle- og kompetencefordeling mellem alle involverede samarbejdspartnere (se medsendte dokument "Familieambulatorie-modellen")
6. For at optimere funktionsniveauet for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er det nødvendigt med en koordinator ("tovholder") (er indeholdt i "Familieambulatoriemodellen").